

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT TARDIF

Né à Clermont-Ferrand, le 23 Mars 1903

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DU

Chancre Syphilitique de l'Amygdale

ET DE

L'ANGINE DE VINCENT

Président : M. ACHARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1930

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

T. 1

ANNÉE 1930

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT TARDIF

Né à Clermont-Ferrand, le 23 Mars 1903

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DU

Chancre Syphilitique de l'Amygdale

ET DE

L'ANGINE DE VINCENT

Président : M. ACHARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1930

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LQPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.]
AUBERTIN	Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.	LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie.
BINET.	Physiologie.	LEROUX.	Anatomie pathologique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LEVEUF.	Pathologie chirurgic.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MERCIER (Fern)	Pharmacologie.
CATHALA. . . .	Pathologie médicale.	MILLOT.	Histologie.
CHABROL. . . .	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgic.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOREAU.	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgic.
DOGNON.	Physique.	MOURE.	Pathologie chirurgic.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	OBERLING. . . .	Anatomie pathologiq
FEY.	Urologie.	OLIVIER.	Anatomie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.	PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.	PORTES.	Obstétrique.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgicale.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.	Histologie.	RICHET.	Physiologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.	SÉZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
HOVELACQUE.	Anatomie.	VALLERY-RADOT	
HUTINEL.	Pathologie médicale.	(Pasteur). . . .	Pathologie médicale.
JOANNON.	Hygiène.	VAUDESCAL. . . .	Obstétrique
JOYEUX.	Parasitologie.	VELTER.	Ophthalmologie.
		VERNE.	Histologie.
		VIGNES.	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM		MM.	
BUSQUET.	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	REITTERER. . . .	Histologie.
LEQUEUX.	Obstétrique.	ZIMMERN.	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LÀIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR FÉLIX TARDIF

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

*C'est à lui que nous devons le choix de
notre carrière.*

*Bien faible preuve de notre profonde
reconnaissance et de notre très
grande affection.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CH. ACHARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'INSTITUT

*Qui nous fit l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse en hom-
mage de notre respectueuse grati-
tude.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR ACHARD

M. LE PROFESSEUR DELBET

M. LE PROFESSEUR LABBÉ

Externat

M. LE DOCTEUR FREDET

M. LE PROFESSEUR M. LABBÉ

M. LE PROFESSEUR M. SEZARY

M. LE DOCTEUR LEVANT

A M. LE DOCTEUR SEZARY

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Qui en nous inspirant le sujet de cette thèse nous a manifesté une fois de plus sa bienveillante sympathie.

Il nous a accueilli dans son service avec sa sollicitude et son amabilité coutumière. Il s'est montré envers nous un maître bon et indulgent nous prodiguant un enseignement toujours empreint de cordialité. Qu'il veuille bien accepter le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.

A M. LE DOCTEUR A. LAFFOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE LA FACULTÉ D'ALGER

Qui pendant toute la durée de mes études a été pour moi un aide précieux et un conseiller avisé, qu'il me permette de lui témoigner ici ma sincère gratitude et ma respectueuse affection.

A M. LE DOCTEUR LEHMANN

ELECTRO RADIOLOGISTE DES HOPITAUX

En reconnaissance du bienveillant intérêt qu'il nous a toujours manifesté pendant le séjour que nous avons fait dans son service.

A M. LE DOCTEUR HAMBURGER

MÉDECIN DES HOPITAUX

Qui fut pour nous le maître patient et amical. Les conseils si justes qu'il nous a constamment donnés furent pour nous de précieux auxiliaires au cours de nos études.

Qu'il trouve ici avec l'expression de nos sincères remerciements, le témoignage de notre très fidèle amitié

A M. LE DOCTEUR FERRIER

A M. LE DOCTEUR MÉNÉGAUX

CHAPITRE I

Introduction

A priori, il semble superflu de revenir sur un sujet de diagnostic différentiel d'affections si opposées au point de vue symptomatique et pronostique. Cependant un lien les unit : leur origine spirochétogène.

En clinique les faits manquent d'opposition et tel signe typique dans un cas reste absent ou très modifié dans un autre.

C'est ainsi que dans nos observations cliniques nous avons nous mêmes été en butte à des difficultés inhérentes à l'aspect clinique d'une angine de Vincent ou d'une angine diphtérique de l'adulte, et l'erreur fut faite et ne fut redressée que par les seules évolutions ou notions bactériologiques.

Si bien qu'il n'est pas indifférent, nous semble-t-il, de rapprocher des observations de chancre de l'amygdale dont aucun aspect clinique n'est assez

typique pour établir un schéma général, à des observations se rapportant à des angines spécifiques et spécialement aux angines de Vincent. A l'appui de cette thèse citons cette phrase de Dieulafoy : « Le chancre de l'amygdale revêt souvent, les allures d'une angine douloureuse, fébrile, aiguë ».

Du reste, à lire les très nombreuses observations de chancres de l'amygdale qui ont fait l'objet de travaux antérieurs, comme celles d'angines fuso-spirillaires purement amygdaliennes, sans stomatite concomitante, on constate les hésitations cliniques, les erreurs mêmes, de toute façon les difficultés inhérentes à de tels diagnostics.

A vrai dire, le chancre de l'amygdale, de par ses aspects cliniques si différents, est sans doute de tous les chancres syphilitiques le moins bien décrit et surtout le moins connu. Et de fait, dans son aspect et dans son siège, il évoque une affection angineuse banale qui peut être plus ou moins grave, si bien que, du moins au début de son évolution, il n'est jamais reconnu.

C'est ce qui explique son intérêt clinique et surtout sa gravité quant à la syphilis qui est attaquée à sa phase secondaire sérologique et non pas à la période primaire comme la plupart des syphilis débutant par un chancre génital.

Il suffit encore pour se convaincre de la facilité avec laquelle un tel chancre peut rester inconnu, de l'opposer au chancre le plus fréquent des chancres

céphaliques, celui des lèvres (Fournier), celui-ci en effet, de par sa situation ne peut passer inaperçu.

Nous remercions ici le docteur Sezary qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous a toujours si cordialement reçu dans son service.

Nous sommes heureux de pouvoir également remercier le Docteur Schulmann, qui nous a aidé de ses conseils et de lui adresser l'expression de notre très vive gratitude.

CHAPITRE II

Historique du chancre syphilitique de l'amygdale

De toutes les localisations céphaliques du chancre syphilitique, celle de l'amygdale comporte par sa fréquence, un intérêt tout particulier et les auteurs lui assigne la deuxième place après le chancre de la lèvre.

En 1895, Dieulafoy qui avait depuis longtemps remarqué la fréquence des localisations amygdaliennes, de la syphilis secondaire : « l'amygdale est un nid à syphilides », insiste non seulement sur la fréquence du chancre de l'amygdale, mais aussi sur la difficulté de faire entrer sa description dans un cadre schématique : « Il ne ressemble à aucun autre chancre des muqueuses, il revêt de plus des aspects essentiellement variés ».

C'est Rollet qui signale pour la première fois l'existence du chancre de l'amygdale dans son Trai-

té des maladies vénériennes, publié en 1850 (page 695).

Deux ans plus tard, Velpeau considère le chancre de l'amygdale comme une impossibilité clinique.

En 1858, dans le service de Ricord, Fournier cite 471 chancres syphilitiques, répartis sur 15 sièges différents et pas un seul amygdalien.

C'est Diday, de Lyon, qui le premier en fait une description assez complète, mais en 1879, Jullien donne au chancre amygdalien les caractères qu'on lui décrit actuellement.

En 1883, Mauriac attire l'attention sur la persistance de l'induration après la disparition du plasmum.

En 1895, Dieulafoy insiste sur la douleur.

En 1896 Ferro décrit la forme angineuse du chancre tonsillaire.

Enfin, en 1897, Fournier dans son admirable traité des chancres extra génitaux lui donne toute sa valeur et l'appelle « le chancre protégée ».

De ces faits historiques il ressort que longtemps le chancre de l'amygdale fut méconnu, et que jusqu'à la fin du siècle dernier, il dut être la cause de fréquentes erreurs de diagnostics.

La plupart des auteurs insistent sur « les variétés d'aspect sous lesquelles il se présente » entraînant ainsi des erreurs, dont on trouve la preuve dans de nombreuses observations. Mais reportons nous à un article de Dieulafoy où nous trouvons le chancre de

l'amygdale décrit sous ses différents aspects : « Tantôt plat, simple exulcération de la muqueuse amygdalienne rouge et œdématié au pourtour, il repose sur une amygdale volumineuse formant dans l'isthme du gosier une saillie d'un rouge vif.

Tantôt aspect diphtéroïde, recouvert d'une couenne jaunâtre ou grisâtre, « simule assez bien une angine à fausse membrane ».

Tantôt véritable ulcération simulant une gomme ou « la gangrène en raison même de l'odeur fétide que l'on peut percevoir ».

Tantôt chancre en tous points semblable à l'épithélioma de l'amygdale.

CHAPITRE III

Historique de l'angine de Vincent

Avec les travaux de Vincent au Val-de-Grâce, ceux de Bernheim à l'étranger en 1898 une notion nouvelle apparaît et de nombreux aspects diphtéroïdes et ulcéreux de l'amygdale rentrent dans un cadre nouveaux — progrès réel lié à l'étude bactériologique des enduits, des exsudats.

Du reste ces connaissances nouvelles furent le point de départ de nombreuses observations, on retrouve avec fréquence ces angines de Vincent, on se rend compte de l'erreur possible avec le chancre amygdalien, d'autant plus que les frottis montraient un agent spirillaire, mais de morphologie essentiellement différente de l'agent de Schaudine.

Non seulement cette découverte eut une conséquence pratique immédiate, mais encore elle fut le point de départ de travaux thérapeutiques, d'une grande portée. En effet, actuellement, c'est en quel-

ques heures que les applications de novarsenobenzole arrivent à nettoyer les exsudats de l'angine de Vincent.

Du reste, ce chapitre d'études ne fut pas clos avec la découverte de la cause de ces angines ulcéro-membraneuses, mais encore elle orienta vers l'étude des spirochètes buccaux, et l'on sait à l'heure actuelle le rôle essentiel qu'on leur a donné dans les infections des voies respiratoires et surtout dans les abcès gangreneux pulmonaires observés ces dernières années. Nous rappellerons seulement la discussion encore récente de l'Académie de Médecine, où l'on vit le même agent fuso-spirillaire incriminer de ces supurations pulmonaires, par Vincent lui-même, tandis qu'à l'opposé le P^r Bezançon et S^r incriminaient un spirochète spécifique.

Nous signalons aussi que dans l'historique de l'angine de Vincent, le nom d'« amygdalite ulcéreuse chancriforme » que l'on retrouve dans les ouvrages de Raoult, Thiry et Lemoine, a souvent été préféré à celui d'« angine diphtéroïde » donné par Vincent lui-même.

CHAPITRE IV

Etiologie du chancre syphilitique et de l'angine de Vincent

Nous serons bref sur l'étiologie de ces deux affections, nous réservant d'insister dans un chapitre suivant sur les caractères bactériologiques des agents pathogènes du chancre et de l'angine de Vincent. Nous verrons, en faisant l'étude clinique, l'importance capitale que prendront les résultats de cet examen.

On pourrait penser que le chancre amygdalien est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, mais il n'en est rien.

C'est surtout une affection de l'adolescent et de l'adulte. Fournier classe les modes de contagé en médiats et immédiats.

Parmi les premiers, le baiser sous toutes ses formes.

« La contagion vient d'un point quelconque et va à un point quelconque par la salive qui s'arrête où elle peut à la faveur des circonstances locales ».

Parmi les secondes :

Les articles de fumeur ;

Les ustensiles d'alimentation ;

Les objets d'usage courant : crayons, brosses à dents.

Les instruments médicaux : abaisse-langue, miroirs médicaux, etc.

Les contagions professionnelles : médecins, sages-femmes, verriers, musiciens.

Le chancre est le plus souvent unilatéral, plus fréquent à droite pour Duncan Bulkley, plus souvent à gauche pour Fournier, rarement chancres bilatéraux.

Dans la généralité, il occupe les 2/3 supérieurs de la partie antéro-interne de l'amygdale.

Quant à l'angine de Vincent, elle est surtout fréquente, comme le chancre du reste, entre 20 et 25 ans. Elle se rencontrerait d'après Robbston, dans un cas sur 100 de toutes les angines, et plus fréquemment chez l'homme.

Les questions d'âge et de sexe perdent un peu de leur importance devant un fait : l'habitus général commun à presque tous les malades observés : faciès adénoïdien, pâleur des muqueuses et des téguments, hypertrophie des amygdales.

— En somme, de ce bilan étiologique établi essentiellement chez l'adulte, aucun fait assez précis ne permet d'opposer l'angine de Vincent au chancre syphilitique de l'amygdale, sinon la notion du contact infectant qui est souvent nié par le sujet.

CHAPITRE V

Etude clinique du chancre de l'amygdale

Nous diviserons l'étude clinique du chancre syphilitique amygdalien en deux parties, une première comprenant les symptômes objectifs, la seconde les signes subjectifs.

C'est la forme la plus souvent rencontrée et la plus souvent décrite par les auteurs que nous prendrons comme type de description, nous réservant de décrire dans un chapitre suivant les formes anormales, mais dès maintenant nous insistons sur ce fait qu'il est très difficile, devant la diversité des formes cliniques, de dégager de toutes les études faites sur le chancre amygdalien une description type.

C'est en règle générale, une ulcération unilatérale ovulaire, à grand axe vertical, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes rarement plus grande, souvent plus petite. Très superficielle, ce

n'est même, dans beaucoup de cas, qu'une petite érosion en « coup d'ongles ».

Les bords sont nets, irréguliers, indurés, non décollés.

Le fond est rarement blanc, le plus souvent gris ou jaunâtre, avec un dépôt plus ou moins adhérent.

L'amygdale, qui est le siège de l'ulcération, le pilier antérieur, la partie avoisinante du voile du palais, présentent une coloration marquée de teinte foncée bien spéciale qui diffère beaucoup de la couleur déterminée par l'angine inflammatoire ou par l'angine secondaire de la syphilis. Cette « couleur framboisée » fait au chancre un encadrement assez caractéristique.

La palpation va nous donner un des signes les plus importants pour le diagnostic, c'est l'induration, cette induration qui ne fait jamais défaut, même dans les cas où l'ulcération est minime, même si l'adénopathie est presque inexistante, permet un diagnostic rétrospectif.

Mais malheureusement, elle est assez difficile à rechercher, il faut l'apprécier à « bout de doigt » au milieu d'une amygdale, qui est souvent le siège de phénomène inflammatoire intense.

L'adénopathie est constante. Elle siège dans la région sous-angulo-maxillaire. Elle ne tarde pas à envahir les ganglions carotidiens.

C'est une pléiade de ganglions résistants, mobiles sous la peau, séparés les uns des autres, indolores

souvent un ganglion plus volumineux siège au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

Tous les auteurs, et en particulier Dieulafoy, qui fut un des premiers à la signaler, insiste sur la douleur. « La douleur existe dans toutes les observations », c'est souvent le premier signe qui attire l'attention du malade, douleur à la déglutition qui gêne le malade, qui souvent ne peut absorber que du liquide, fréquemment on observe des irradiations vers les oreilles.

Moure, insistant sur la douleur, dit : « Toute angine douloureuse qui dure plus de quinze jours doit faire soupçonner une syphilis ».

Un grand caractère de cette douleur est d'être continue, rien ne la calme. Dans l'angine de Vincent, elle n'existe au contraire qu'au moment de la déglutition.

Si le chancre syphilitique de l'amygdale accomplit son évolution dans le nombre de septenaire normal pour un chancre Σ , si il a de commun avec le chancre génital l'induration, l'adénopathie, il s'en différencie par ce fait essentiel, c'est qu'il a un retentissement assez marqué sur l'état général. Le sujet porteur de ce chancre amygdalien se plaint de fatigue, d'asthénie, et très souvent la température évolue entre 38° et $38^{\circ}5$ et là encore nous voyons que ce fait nouveau ne peut que rendre plus difficile son diagnostic différentiel avec les affections fébriles amygdaliennes.

Cependant, c'est une des formes les plus caracté-

ristiques que nous avons choisi pour décrire le chancre amygdalien, la forme, la couleur, la consistance de l'ulcération, les modifications de voisinage sont assez semblables à ce que l'on observe dans le chancre génital, mais dans bien des cas, le tableau clinique est différent.

Il peut s'agir d'une forme ulcéreuse, et dans ce cas c'est l'élément douleur qui domine la symptomatologie, c'est un malade qui souffre, qui a une dysphagie marquée, des signes généraux assez intenses, une adénopathie plus volumineuse que dans la forme érosive.

Localement, l'amygdale qui est le siège de la lésion Σ primitive est très hypertrophiée, rouge, œdématisée, quant au chancre il représente « une ulcération ayant l'air de fouiller la tonsille ».

Dans la forme angineuse que nous verrons plus en détails pour différencier chancre et angine, ce n'est pas la lésion qui attire l'attention du malade, mais comme dans la forme précédente c'est la douleur qui est intense et constante.

Très souvent, aussi, la difficulté de diagnostic a été causée par la présence de fausses membranes et comme nous le verrons dans les observations citées plus loin dans cet ouvrage, l'erreur a souvent consisté à appeler angine ulcéro-membraneuse ou angine diphtérique un chancre de l'amygdale dans sa forme membraneuse.

Enfin, nous ne ferons que citer les formes gan-

gréneuses, épithéliomateuses et polypoïdes, phlegmoneuses, fissuraires.

En résumé, nous retrouvons dans l'ensemble quelle que soit la variété clinique du chancre de l'amygdale un groupe de symptômes auxquels on est amené à reconnaître une valeur considérable :

L'unilatéralité de la lésion.

L'induration de la base.

Les caractères de l'adénopathie.

La douleur.

Le retentissement sur l'état général.

Mais là s'arrêtent les caractères cliniques du chancre de l'amygdale, caractères qui peuvent être masqués et que l'on rencontre dans beaucoup d'autres affections amygdaliennes et particulièrement dans l'angine de Vincent.

CHAPITRE VI

Etude clinique de l'angine de Vincent

C'est par un tableau clinique assez flou que débute l'angine de Vincent, rien n'attire l'attention vers la gorge si ce n'est dans quelques cas une dysphagie légère, les phénomènes généraux ont une intensité essentiellement variable, cependant durant les 4 ou 5 jours de cette période de début on remarque de l'asthénie, des malaises, de l'inappétence, de la céphalée et souvent une température oscillant autour de 38°.

Puis la dysphagie apparaît ou s'accuse si elle existait déjà, mais c'est uniquement à la déglutition qu'apparaît la douleur.

Les signes généraux sont plus marqués.

A l'examen on découvre une congestion généralisée mais le plus souvent localisée de la muqueuse pharyngée, cette congestion est surtout apparente

sur une amygdale et sur la moitié concomitante de la luette et de la région pharyngée.

Au bout de deux ou trois jours l'aspect du pharynx est complètement modifié, il existe une fausse membrane, c'est un placard pseudo membraneux blanc ou gris facilement détachable qui va en s'épaississant dans les jours qui suivent son apparition et qui par la suite va aller soit vers la régression, soit vers l'extension, à l'autre partie du pharynx.

Quand à l'ulcération elle est circonscrite, superficielle pendant les 2 ou 3 premiers jours, recouverte d'un exsudat mou grisâtre ou gris jaunâtre d'odeur fétide. Mise à nu sa surface est tomenteuse elle saigne facilement, la muqueuse pharyngée avoisinante est rouge et oedématiée au bout de 2 ou 3 jours l'ulcération s'étend rapidement et sa profondeur est de 2 à 3 millimètres.

Au début de la période d'état apparaît l'adénopathie elle est quelques fois peu volumineuse, mais il peut s'agir aussi de ganglions faisant sous les téguments une saillie oblongue avec empâtement du tissu cellulaire ambiant.

Cette adénopathie peut être uni ou bilatérale mais le plus souvent elle n'est qu'unilatérale, elle est fréquemment douloureuse, mais n'évolue jamais vers la suppuration.

Si cette adénopathie est contemporaine de l'ulcération elle ne disparaît cependant que trois ou quatre jours après elle.

Parallèlement à l'évolution de la fausse membrane on découvre la fétidité de l'haleine dû vraisemblablement à la mortification et à la désintégration des tissus sous l'influence de la pullulation microbienne, elle peut devenir très intense gênant non seulement le malade mais son entourage, elle disparaît en même temps que la fausse membrane.

Enfin pendant toute la période d'évolution des phénomènes locaux, on note de la fièvre autour de 38°, une langue saburale, de l'inappétence et une céphalée assez intense.

Au bout d'une vingtaine de jours c'est vers la guérison qu'évolue l'angine de Vincent elle ne laisse au maximum qu'une dépression amygdalienne due à une ulcération trop profonde ou un engorgement sous maxillaire chez les sujets prédisposés.

Signalons cependant que chez l'enfant l'évolution plus rapide peut se faire en 13 ou 14 jours. Mais à côté de cette forme type que nous venons de décrire, l'angine de Vincent peut prendre des aspects bien différents, qui vont encore dans certains cas rapprocher son aspect clinique de celui déjà si semblable du chancre syphilitique de l'amygdale, dès lors la multiplicité des formes que peuvent revêtir ces deux affections, aident à comprendre les hésitations et même les erreurs cliniques si souvent rencontrées dans les observations, hésitations préjudiciables au malade, car elles aboutissent à une thérapeutique qui porte à faux où qui est appliquée avec retard, et l'on voit la gravité d'une telle perte

de temps quand on connaît la précocité des accidents secondaires dans tous les cas de chancre céphalique.

CHAPITRE VII

Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'angine de Vincent

Les études cliniques du chancre syphilitique amygdalien et de l'angine de Vincent qui précèdent, montrent sans conteste la valeur diagnostique de certains signes et leur défaillance possible. Avant de les comparer disons l'importance toute spéciale de l'étude bactériologique qui doit être l'aboutissant de tout diagnostic clinique si évident qu'il puisse paraître étant donné l'inconstance des signes et la gravité d'une erreur de cet ordre.

L'ulcération Σ qui peut être plus ou moins prononcée recouverte d'une membrane jaune grisâtre, ne présente à la vue aucun caractère permettant de la différencier de l'ulcération de l'angine de Vincent, mais au toucher on trouve un caractère essentiel, l'induration du chancre syphilitique, le toucher n'est pas commode à pratiquer on sent l'ulcé-

ration à bout de doigt, de plus si le fond de l'ulcération est induré dans le chancre syphilitique et rénitent dans l'affection à fusospirille il peut aussi être induré dans cette dernière lésion.

En règle générale l'adénopathie dans le cas de Σ amygdalienne se manifeste dans les 8 jours qui suivent le chancre. Ces ganglions sont unilatéraux, on les palpe sans que le malade accuse la moindre douleur, ils sont nombreux et durs.

Dans l'angine de Vincent la dureté des ganglions est moindre que dans le stade initial de la syphilis, de plus, cette adénopathie est douloureuse et précède l'ulcération.

Mais l'adénopathie Σ peut s'accompagner de péri adénite, elle peut être douloureuse, en un mot revêtir l'aspect d'une adénopathie inflammatoire, car au chancre il peut venir s'ajouter une lésion infectieuse non spécifique ou bien le chancre peut se développer sur une lésion déjà existante et dans ce cas, comme dans l'angine de Vincent, l'adénopathie douloureuse précède l'apparition de l'accident syphilitique initial.

Un symptôme important à noter c'est la douleur perçue par le malade au niveau de l'amygdale où siège le chancre, cette douleur est souvent atroce, continue, empêchant le malade de déglutir. Dans l'angine de Vincent elle n'existe qu'à la déglutition, mais on a cité des cas où le chancre Σ ne s'accompagnait que de douleurs légères gênant très peu le sujet, et des cas où l'angine de Vincent associée à

une stomatite ulcéreuse empêchait le malade de déglutir.

Enfin, l'évolution peut orienter le diagnostic, l'angine de Vincent évolue en 15 à 20 jours, le chancre a une durée supérieure, de même l'apparition de lésions secondaires, un B.-W. positif, constituant un apport sérieux, mais combien il est préjudiciable pour le malade d'attendre plusieurs semaines pour traiter une lésion, dont la gravité des troubles nerveux n'a d'égale que la précocité de leur apparition.

Aussi ce n'est pas sur les caractères cliniques qu'il faut compter, ils sont trop inconstants, ce n'est pas sur l'évolution, c'est trop préjudiciable pour le malade, il faut se retourner vers un autre procédé, vers le Laboratoire qui constitue un appoint précieux au diagnostic différentiel.

CHAPITRE VIII

Bactériologie

Plusieurs procédés s'offrent à nous pour pratiquer l'examen bactériologique : imprégnation argentique Fontana, Tribondeau, Van Ermengen).

Les éosinates au bleu de méthylène (Giemsa, Laveran, Leshmann. Mais c'est surtout à l'examen par l'ultra microscope auquel nous aurons recours.

C'est d'abord par l'examen des caractères bactériologiques du spirochète Vincenti que nous allons commencer cette étude.

Comme nous l'avons vu au cours de ce travail, ce n'est pas uniquement dans l'angine de Vincent que l'on trouve ce spirochète.

Sur les préparations colorées d'abord par la méthode de Gram et ensuite par la fushine diluée on voit que les bacilles ont gardé le Gram et que les spirochètes sont colorés de rouge plus ou moins foncé.

De longueurs inégales, ils sont très souvent groupés.

Leurs spires sont déliées lâches, irrégulières et peu nombreuses mais certains sp. Vincent ont des spires plus serrées et plus nombreuses.

Collet et Horand ont insisté sur ce fait que lorsque l'on colore après mordantage on trouve des spirochètes à ondulation serrée qui n'auraient pas été colorés par la méthode précédente.

Parmi ces spirochètes beaucoup présentent à l'ultra microscope un double contour, d'autres apparaissent sous l'aspect d'une ligne argentée unique.

Letulle parlant de leur mobilité dit : « Très fins, longs, contournés en tire-bouchon, ils flottent dans les courants liquides et après être restés quelque temps immobiles, se meuvent brusquement, se tendent et se détendent à la façon d'un ressort à boudin ».

Les procédés de culture ont permis de préciser des points intéressants car s'il est fort difficile de cultiver le tréponème de la syphilis, il n'est pas indifférent de savoir que des germes qui pourraient à l'examen direct prêter à confusion avec lui, peuvent être cultivés et présenter des caractères culturels assez précis pour permettre l'identification.

Mais un appoint sérieux pour le diagnostic différentiel, c'est que le spirochète de Vincent est en général accompagné du B fusciforme et que cette distinction permet souvent d'éliminer le diagnostic d'ulcération syphilitique.

Il peut arriver que les deux affections soient concomittantes ; dans ce cas, l'inoculation à des animaux pourrait amener la distinction entre ces deux affections.

Nous devons signaler que l'on n'a pas trouvé de réaction de B W positive dans les nombreux cas d'ulcération à fuso spirochètes que nous avons étudié au cours de nos études médicales ou de nos recherches bibliographiques. Cependant, une thèse récente signale l'existence d'un B W faiblement positif au début de l'angine de Vincent. Des extraits testiculaires très riches en spirochètes Vincenti ne fournissent pas un antigène plus actif que des organes normaux. Les cultures pures de ces spirochètes ne donnent pas de déviation du complément avec du sérum syphilitique.

La recherche du tréponème de Schaudinn au niveau du chancre de l'amygdale présente deux ordres de difficultés : le premier inférent au porteur de la lésion qui, souvent, se sert d'antiseptiques qui, déposés à la surface de l'ulcération, font disparaître l'agent causal. La deuxième difficulté est due au siège même de l'accident primitif. Il est souvent malaisé de faire le prélèvement sur l'amygdale. On commence d'abord par un nettoyage léger de la superficie de l'ulcération à l'aide d'un fil de platine dont l'extrémité est aplatie en spatule, puis on pratique ensuite le prélèvement à l'aide d'une pipette de verre.

Pour rechercher les spirochètes, il est souvent commode de diluer l'exudat dans de l'eau, ce liqui-

de hémolyse les hématies et débarrasse le champ du microscope qui devient plus sombre. Les spirochètes ressortent d'autant mieux que l'eau, en les altérant, les rend plus visibles.

Le spirochète examiné à l'ultra a un aspect très différent, selon qu'il est mort ou vivant. Dans le premier cas, il ressemble en tous points au spirochète coloré au giemsa ou imprégné à l'argent, et c'est pour cette raison que nous avons passé sous silence l'étude du tréponème coloré par des procédés chimiques. Le tréponème mort examiné à l'ultra apparaît sous la forme d'un organisme spiralé dont l'axe est tantôt rectiligne, tantôt ondulé, et présente même dans ces formes les plus allongées une ou deux courbures.

Les extrémités s'effilent progressivement au point de n'être plus perceptibles, formant ainsi ce que l'on appelle le « filum terminale ».

Longueur, de 5 à 25 μ ; moyenne : 10 μ .

Diamètre évalué à 1/2 μ .

Par place, on peut trouver des parties plus épaissies là où les spires font défaut.

Le nombre des spires correspond à celui des microns de l'élément. Ces spires s'étirent et disparaissent au fur et à mesure que les extrémités s'effilent.

Différent est l'aspect du tréponème vivant examiné dans de la sérosité fraîche. Il est plus ténu, plus allongé. Certains atteindraient 35 μ .

L'épaisseur du filament est alors inappréciable, même au plus fort grossissement.

Le diamètre de la spire est moins considérable, les extrémités paraissent plus effilées.

A cause des mouvements extrêmement rapides, il est impossible de compter les tours.

Cependant, le grand intérêt de l'examen à l'état vivant, c'est d'étudier les mouvements qui présentent certaines particularités permettant de différencier le tréponème de Schaudinn des autres spirochètes.

Il se meut par plusieurs ordres de mouvement. Premièrement, un mouvement de vrille autour de son axe se faisant tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Ces mouvements s'accélèrent quand on chauffe la préparation, plus les mouvements sont nombreux et moins elles sont hautes. Ce mouvement est continu et régulier. Si le tréponème se trouve dans un endroit isolé de la sérosité, il offre l'aspect d'un ressort à boudin tournant sur place.

Chacune de ses extrémités peut indifféremment être au début ou à la fin, il accomplit du reste de très fréquents aller et retour.

Le deuxième mouvement par lequel avance le tréponème est un mouvement d'ondulation, il se meut alors à la façon d'une anguille, mais c'est surtout dans les formes longues que ce mouvement est le plus apparent, on voit alors l'agent de Schaudinn décrire le long de son grand axe deux ou trois courbures régulières.

A côté de ces deux mouvements précédents, qui sont répartis sur toute la longueur du spirochète, il

y a un troisième mouvement qui est limité en général à une portion du tréponème. C'est un mouvement d'accordéon. « Il semble qu'il y ait une onde de contraction locale qui efface les spires là où elle passe ».

Une autre propriété qui n'est pas spéciale au tréponème, mais qui est spécialement développée chez lui, c'est la « viscosité ». Elle est d'autant plus nette que le tréponème est depuis plus longtemps dans la sérosité, il s'accroche à la lame, à un globule ses extrémités paraissent enduites de glu et c'est en vain qu'il semble faire des efforts pour s'en détacher. C'est ainsi que s'expliquent certaines formes anormales : spirochètes qui se nouent, spirochètes qui se mettent en Y, spirochètes qui se mettent en forme circulaire.

Le fait essentiel qui découle de cet examen bactériologique est qu'il existe un assez grand nombre de caractères qui opposent le Sp de Vincent à celui de Schaudinn pour permettre de distinguer ces deux agents microbiens.

Mais insistons sur ce fait : c'est que, souvent, à la suite d'une thérapeutique antiseptisante, le tréponème aura disparu de la surface du chancre syphilitique, et c'est en vain que l'on cherchera l'agent causal de l'ulcération. Il faudra alors se baser pour établir le diagnostic, sur la clinique, d'où nécessité d'un examen des plus approfondis.

De plus, comme nous le verrons dans les observations qui vont suivre, il est possible de voir le trépo-

nème et le spirochète voisiner sur une même préparation extériorisant ainsi une association chancre syphilitique, angine de Vincent.

De même, la notion d'un accident primitif étant inconnue, on peut encore trouver la même association microbienne, la présence du tréponème n'étant pas due à un accident initial, mais à des lésions secondaires, du reste dans ce cas l'erreur n'aurait pas de graves conséquences, puisque les indications thérapeutiques seraient les mêmes.

Observations

OBSERVATION I

*Provenant de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques
(Professeur Jeanselme), obligeamment communiquée par le
Dr Schulmann.*

Mme Berthe C..., 38 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire. Père mort de maladie inconnue.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Mariée sans enfant.

Histoire de la maladie. — A ressenti, cinq jours auparavant, des picotements dans la gorge et une gêne à avaler.

Elle dit ne pas avoir eu de fièvre.

Etat actuel. — Malaise général. On remarque sur la face interne de l'amygdale droite, une ulcération profonde de 2 à 3 millimètres, allongée, intéressant la moitié postérieure de cette face de l'amygdale depuis son extrémité supérieure jusqu'à son pôle inférieur. Les bords de cette ulcération sont anfractueux, son fond est tapissé par une fausse membrane mince, d'un gris jaunâtre. L'amygdale est un peu tuméfiée. La muqueuse est congestionnée tout autour de l'ulcération.

Pas de ganglions.

Langue chargée. Haleine mauvaise. Température 37°8.

Le diagnostic du Professeur Jeanselme est hésitant ; il pense à une ulcération fuso-spirochétasique, mais fait de sérieuses réserves pour un chancre syphilitique à l'amygdale.

Le B.-W. à l'entrée dans le service est négatif.

Le traitement consiste en application locale de novarsénobenzol glycériné.

Lentement l'ulcération semble se cicatriser.

Huit jours après : W. : H8.

Quinze jours après : Ho.

Dans ces conditions, l'ulcération n'étant pas encore complètement guérie, le diagnostic est chancre de l'amygdale et le traitement organisé.

OBSERVATION II

*Observation inédite provenant du Service du Docteur Sezary
à l'hôpital Saint-Louis*

M. L... Félix, 45 ans, employé.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans de pneumonie. Mère morte à 68 ans. Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave. Plusieurs blennorrhagies sans complications. Jamais de maux de gorge. Gros fumeur.

Histoire de la maladie. — Début remontant à 25 jours par irritation laryngée, sensation de brûlures, gêne à la déglutition. Pendant ces 15 jours aucune répercussion sur l'état général. La température n'a pas été prise.

Etat actuel. — Localement sur l'amygdale droite siégeant sur la face interne, allant du tiers supérieur au tiers inférieur, ayant un diamètre transversal de 1 cm. 50.

Cette ulcération est inégalement creusée, ayant approximativement 1 mm. à sa partie supérieure, elle atteint près du double à son pôle inférieur.

Les bords sont anfractueux et rougeâtres, le centre à une couleur grisaille, avec quelques minuscules débris membranueux.

L'amygdale ainsi que la muqueuse environnante, sont très peu modifiées.

A la partie inférieure de l'amygdale droite existe une petite plaque érosive de la superficie d'une lentille recouverte par une membrane blanchâtre.

L'état général n'est pas atteint, pas de fièvre, cependant céphalée légère.

L'haleine est légèrement fétide.

Il existe une adénopathie retro-maxillaire gauche assez peu marquée, les ganglions roulent facilement sous le doigt, ils ne sont douloureux à la palpation.

On pratique plusieurs prélèvements suivis de cures bactériologiques soit à l'ultra, soit après coloration. Ils restent tous négatifs, ce qui était à prévoir. Le diagnostic d'angine banale ayant été posé primitivement, puis celui d'angine ulcéro-membraneuse et le malade ayant alors employé en gargarisme de nombreux antiseptiques.

A l'époque où nous avons examiné le malade, le diagnostic était grandement facilité par l'existence d'une roséole, confirmé par la suite par un B.-W + + +.

OBSERVATION III

Thèse de Gaston Jenvrin, Paris 1919

Soldat C... Yves, évacué sur Centre. Diagnostic : ulcération de l'amygdale droite.

Antécédents héréditaires. — Père tué à l'ennemi. Mère bien portante. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Nuls.

Histoire de la maladie. — Malade depuis 4 jours, inappétence, mal de gorge.

Etat actuel. — On remarque sur la face interne de l'amyg-

dale droite une ulcération oblongue tapissée par une fausse membrane gris jaunâtre, recouverte elle-même par une couche de dépôt pultacé. On enlève la fausse membrane avec facilité. Au dessous ulcération profonde de 2 à 3 millimètres, à bords et à fonds rouges.

La muqueuse du voile est très congestionnée, surtout au niveau de l'ulcération.

Haleine fétide. Adénopathie légèrement douloureuse descendant le long du sterno cleïdo-mastoïdien.

Etat général et bon appétit conservés. Température 38°.

Le diagnostic est hésitant.

Wassermann : 48.

13 juin : l'ulcération est un peu plus étendue ; elle s'étend jusque près de la lnette, la fausse membrane s'est reproduite, elle tapisse toute l'ulcération, elle est mince, jaunâtre, à aspect pultacé. Haleine mauvaise.

Examen bactériologique : bacilles fusiformes très nombreux, spérochètes nombreux...

2 juillet : le malade sort, l'ulcération est cicatrisée.

OBSERVATION IV

(Observation personnelle)

M. M..., 32 ans.

Trois semaines après des rapports suspects, apparition sur l'amygdale droite d'une ulcération siégeant sur la face interne, au niveau du tiers supérieur. Cette ulcération de petit diamètre est extrêmement superficielle, ses bords sont régulièrement découpés, le fond est légèrement grisaille, la partie voisine à la tonsille est rouge, oedémateuse. Au toucher, on note une induration assez nette, à l'angle maxillaire correspondant, présence d'adénopathie non douloureuse, les gan-

glions détachés les uns des autres, roulent sous le doigt. Plusieurs examens de laboratoire sont pratiqués, on ne trouve pendant les 15 premiers jours ni trépomène ni spirochète de Vincent. Cependant vu l'aspect clinique le diagnostic s'oriente vers le chancre.

Un examen pratiqué dans le début de la troisième semaine permet de découvrir l'association fuso-spirillaire. Malgré le résultat de l'examen de laboratoire on fait successivement plusieurs B.-W. qui tous sont négatifs. Il s'agissait bien d'une angine de Vincent qui, du point de vue clinique était identique à un chancre.

Conclusions

Dans les cas semblables à ceux pris pour types de description, le diagnostic différentiel est facile à établir, mais à côté de ces formes, qui sont il est vrai, le plus souvent rencontrées, il existe des formes atypiques, soit par leurs aspects cliniques, soit par leur évolution, et c'est alors qu'il est nécessaire de mettre au premier plan les caractères différentiels de ces deux affections, et d'avoir recours à l'examen bactériologique pour éviter les difficultés inhérentes à un tel diagnostic.

On ne peut se baser sur l'aspect des lésions, leur dimension, leur siège, leur couleur sont essentiellement variables.

Un caractère important, mais malheureusement difficile à apprécier, est l'induration qui existe dans le chancre syphilitique et fait défaut dans l'angine de Vincent. Cependant, cette induration ne peut être perçue qu'à bout de doigt et se confondra avec la sensation donnée par le bourrelet inflammatoire fuso-spirillaire.

L'adénopathie peut orienter aussi le diagnostic, elle présente en effet des caractères très différents.

Formée par des ganglions nettement séparés les uns des autres, non adhérents; roulant sous la main qui les palpe, dans le cas de chancre syphilitique amygdalien, ces ganglions sont douloureux, entourés de péri-adénites, et revêtent nettement le type inflammatoire quand ils accompagnent une angine de Vincent.

Nous n'insisterons pas ici sur la douleur qui existe dans les deux cas, mais qui est aussi fonction de la sensibilité du sujet.

L'existence d'une stomatite concomitante doit faire surtout penser à l'angine fuso-spirillaire.

Quant à la fétidité de l'haleine, si elle est en faveur de l'angine, elle peut aussi se trouver dans le chancre syphilitique amygdalien.

Enfin, les phénomènes généraux associés sont identiques dans les deux cas.

Il ne faut pas compter sur les réactions humorales le B.-Wassermann ne devient positif que trop tardivement quand les phénomènes locaux ont déjà évolués et du reste il peut être légèrement positif pendant quelques jours au début de l'angine de Vincent.

Avant tout il faut s'attacher au point de vue clinique à l'adénopathie, à l'induration, aux lésions de stomatite concomitante, mais ces caractères peuvent être difficiles à découvrir et l'on voit alors la grande importance que prend le laboratoire.

Cependant, là aussi on est en butte à des difficul-

tés inhérentes à l'existence de plusieurs races de tréponèmes qui se trouvent dans la cavité buccale, difficultés dues aux différents aspects que prend le tréponème pâle, difficultés dues aux associations microbiennes, voire même association tréponème pâle et spirochète de Vincent; mais surtout difficultés dues au sujet lui-même qui emploie pour lutter contre la lésion pharyngienne un antiseptique qui fait disparaître l'agent microbien.

Aussi nous ne saurions trop insister sur ce fait que les examens doivent être faits avec le plus grand soin et surtout doivent être très fréquemment répétés.

Il est en effet nécessaire de départager précocement ces deux affections, de dépister rapidement une syphilis à son début, surtout quand il s'agit d'une syphilis à porte d'entrée céphalique car l'on connaît la gravité et la précocité des accidents dans de pareilles formes.

Vu, le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu, le Président,

CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- CH. ACHARD. — Chancre de l'amygdale. — Journal des Praticiens, n° 10, du 17 mars 1929, p. 161.
- DOCTOROF. — Etude sur le chancre syphilitique des amygdales. — Thèse de Nancy, 1899-1900.
- HEMELEERS. — Notes sur un cas de chancre syphilitique de l'amygdale. — Arch. Méd. Belges, 1926, p. 49.
- HIGGET. — Fréquence du chancre de l'amygdale. — Soc. Belge d'O. R. L. Bull., 1927, n° 1.
- HENRI RETROUNCY. — Le chancre de l'amygdale. — Revue de laryngologie d'Otol. et de Rhinol., n° 115, janvier 1929, p. 111.
- RENDU. — Deux cas de chancres amygdaliens à formes anormales. — XXXII^e Congrès de la Société française d'O. R. L., 10-12 mai 1920.
- BONNET. — Pseudo-chancre de l'amygdale. — Société Nationale de médecine de Lyon, 18 mai 1908.
- RICHARD. — Les spirochètes de la bouche. — Thèse de Paris, 21.22.
- DIEULAFOY. — Chancre de l'amygdale. — Semaine médicale, 1895.
- RAGUENAUD. — Chancre syphilitique de l'amygdale. — Thèse de Bordeaux, 20-21, n° 535.
- VINCENT. — Syphilis et bacilles fusiformes. — Presse médicale, 1^{er} juin 1901.
- COLLET et HORAND. — De la présence de pseudo-tréponèmes pâles dans une angine de Vincent. — Gaz. hebdomadaire des sciences médicales, 7 juillet 1907.

- COMMANDON. — Diagnostic du tréponème pâle à l'ultra-microscope. — Thèse de Paris, 1909-1910.
- VINCENT H. — Sur la culture et l'inoculation du bacille fusiforme. — Société de Biologie, 23 mars 1901.
- Sur un cas de contagion de l'angine fuso-spirillaire. — Société Médicale des Hôp. de Paris, 2 mai 1902.
 - Diphthérie et bacilles fusiformes. — Société Médicale des Hôp. de Paris, 5 juin 1903.
 - Recherches sur la stomatite ulcéro-membraneuse primitive. Etude clinique et bactériologique. — Société de Biologie, 1904, et Archives internationales de Laryngologie-Otologie, etc..., février 1904.
 - Inoculabilité de l'angine fuso-spirillaire. — Société Médicale des Hôp., 10 février 1905.
 - A propos de l'angine à bacilles fusiformes. — Soc. Médicale des Hôp., 25 novembre 1904 et Gaz. des Hôp., février 1905.
 - Sur la fréquence du parasitisme fuso-spirillaire dans les lésions buccales. — Société de dermatologie, 2 mars 1905 et Annales de dermatologie et syphiligraphie, avril 1905.
 - De la fréquence de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes. — La Presse Médicale, 29 mars 1905.
 - Symptomatologie et diagnostic de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes (angine dite de Vincent). — The Lancet, 13 mai 1905.
 - Bemerkungen über die « Angine à spirilles et bacilles fusiformes ». — Münchener medicinische Wochenschrift, 1905, n° 27, p. 1287.
 - Caractères comparés de Treponema pallidum et du spirochrome de l'angine ulcéro-membraneuse. — Société Médicale des Hôp., 30 juin 1905, p. 603.
 - Sur l'étiologie et sur les lésions anatomo-pathologiques de la pourriture d'hôpital (avec mention de l'angine à

- fuso-spirochètes). — Annales de l'Institut Pasteur, 25 octobre 1896.
- Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde. — Société Médicale des Hôp. de Paris, 11 mars 1898.
- L'angine à bacilles fusiformes. — La Presse Médicale, 12 mars 1898.
- Nouvelles recherches sur l'angine à bacilles fusiformes. Société Médicale des Hôp. de Paris, 13 janvier 1899.
- Recherches sur l'angine à bacilles fusiformes. — Archives internationales de Laryngol.-Otologie, etc., mars 1899.
- Recherches bactériologiques sur l'angine fuso-spirillaire. — Annales de l'Institut Pasteur, 25 août 1899.
- Cas prolongé d'angine à spirilles et bacilles fusiformes. — Société Médicale des Hôp. de Paris, 1^{er} février 1901.
- PUIG. — La thérapeutique de l'angine de Vincent. — Arch. de Laryngologie, Paris, janvier 1925.
- JEAN GOUBERT. — Angine pseudo-membraneuse. Sans ulcération. — Les Journaux Médicaux réunis, 15 juin 1929, page 196.
- JEANNE LE GOFF. — Contribution à l'étude de l'angine de Vincent. — Amédée Legrand, éditeur, 93, bd Saint-Germain, Paris. — Thèse Paris, 1925.
- LESAGE. — Un cas d'angine de Vincent. — Union Médicale du Canada, juillet 1928, p. 394.
- LETULLE. — Angine de Vincent. — Presse Médicale, 1900.
- MANGAHEIRA-ALBERNEZ. — Thérapeutique de l'angine de Vincent par les attouchements bismuthés. — Arch. de laryngologie, Paris, octobre 1924.
- MANTBEIRA ALBERNAZ. — Etiol. et thérapeut. étiol. de l'angine de Paul Vincent. — 1^{er} Congr. Int. d'O. R. L. à Copenhague.
- PUIG. — Considérations sur l'angine de Vincent et son traitement étiologique. — Presse Médicale, 3 mai 1924.

- BARANGER-LE GOLF. — Thérapeutique de l'angine de Vincent par les attouchements bismuthés, juillet 1925. — Arch. Laryngologie, Paris.
- GONZALEZ-BERNAL. — Angina de Vincent. — Medicina Ibera Madrid, n° 499, 28 mai 1927.
- BRUGE. — Angine de Vincent propagée au larynx et la trachée. — The Lancet, 12 octobre 1907.
- EDUARDO CASTERAN et JORGE DEL PIANO. — Angina de Vincent y su tratamiento. — Revista Medica Latino Americana, janv. 1927, n° 136, p. 519.
- CASTERAN, DEL PIANO. — L'angine de Vincent et son traitement. — Rivista Odontologica, mars 1927.
- COSTARD. — Maladie de Vincent. — Th. Paris, 1900.
- DENET, DUWE, HEYNINCX. — Un cas de mycose des amygdales sous l'aspect d'une angine pultacée. — Bruxelles Médical, année 1927, page 834.
- JEAN GOUBERT. — Angine pseudo-membraneuse ulcéreuse. — Les journaux médicaux réunis, 15 juin 1929, p. 199.
-



MP COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES



